ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

FAX

Vol . 24-8

Date de publication : 15 avril 1998

Contenu du présent numéro : *(nombre de pages : 5)*

		Pagination officielle :
LA DISTRIBUTION DES TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES SELON LE MILIEU D'EXPOSITION – ONTARIO	F-1	61-64
DANGERS POTENTIELS DE LA RÉADAPTATION DES CHAUVES-SOURIS – MANITOBA	F-3	64-66
SURVEILLANCE DES VIRUS RESPIRATOIRES Projet *FluWatch*	F-4	66-68
ANNONCE	F-5	68

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la version imprimée et non à ceux de la version communiquée par télécopieur

LA DISTRIBUTION DES TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES SELON LE MILIEU D'EXPOSITION – ONTARIO

Introduction

La surveillance générale des maladies entériques en Ontario repose actuellement sur la déclaration des incidents par les services locaux de santé publique à un système centralisé d'information connu sous le nom de SIMDO (Système d'information sur les maladies à déclaration obligatoire). Les éclosions de maladies entériques sont déclarées et documentées dans le module des éclosions du SIMDO. Les cas sporadiques sont signalés séparément au moyen d'une module de déclaration des cas individuels du même système. Nous avons accédé à la base de données du SIMDO afin de faire enquête sur la distribution des toxi-infections alimentaires selon le milieu. Dans le cadre de cette enquête, les questions entourant l'ampleur véritable du phénomène des toxi-infections alimentaires en Ontario ont également été abordées et sont présentées dans l'analyse de ce rapport.

Méthode

Le ministère de la Santé de l'Ontario a fourni un dossier contenant les données du SIMDO sur les éclosions survenues entre 1993 et 1996. Pour les fins de la présente analyse, les incidents étaient considérés comme des éclosions de toxi-infections alimentaires si le véhicule de la transmission était de la nourriture, indépendamment de l'agent pathogène en cause, ou si l'incident était tout simplement classé comme une « intoxication alimentaire ».

Nous avons également passé en revue un fichier antérieur des cas sporadiques pour la période de 1990 à 1994. Encore une fois, les incidents n'étaient considérés comme des toxi-infections alimentaires que si l'on pouvait établir de façon positive que des aliments étaient à l'origine de l'infection. Il importe de souligner que seulement 31 % (13 023/41 385) des enregistrements dans le fichier contenaient de l'information sur la source de l'infection (aliment ou autre) et sur le milieu dans lequel était survenu l'incident (maison, restaurant, etc.). Les données analysées sont tirées de ce sous-groupe d'enregistrements.

Résultats

En tout, 1 348 éclosions de maladies entériques (soit environ 340 par année) ont été signalées en Ontario pour la période de 1993 à 1996. Plus de la moitié des éclosions (760) étaient associées à une transmission interpersonnelle; on ne sait pas dans quelle mesure des aliments étaient à l'origine de l'incident. Le mode de transmission n'était pas indiqué dans 304 des éclosions déclarées. Au cours de la période quadriennale étudiée, des aliments étaient à l'origine de 280 éclosions (en moyenne 70 par année), c'est-à-dire qu'on considérait que le mode de transmission était de la nourriture ou encore la maladie était classée comme « intoxication alimentaire ». Dans 11 % des éclosions, le nombre de cas n'était pas précisé. Dans les autres éclosions (89 % ou 240/280), le nombre de cas de toxi-infections alimentaires s'établissait à 3 057 ou 765 par année, ce qui donne une moyenne de 12 cas par éclosion.

Les figures 1 et 2 montrent la distribution des milieux dans lesquels sont survenus les incidents dans les 280 éclosions, et les cas de toxi-infections alimentaires par milieu qui ont été déclarés pour la période de 1993 à 1996.

Le fichier sur les cas sporadiques survenus entre 1990 et 1994 contenait de l'information sur trois maladies entériques communément associées à des aliments : la salmonellose, l'entérite à *Campylobacter* et l'infection due à *Escherichia coli* producteur de vérotoxine (ECVT), dont le syndrome hémolytique-urémique aigu. Ces trois maladies représentent environ 80 % de toutes les maladies entériques déclarées en Ontario, à l'exclusion de la giardiase[1]. La figure 3 montre la distribution des ces trois maladies selon le milieu où est survenu l'incident. Au cours de la

Figure 1
Distribution des éclosions de toxi-infections alimentaires selon le milieu, Ontario, 1993 à 1996

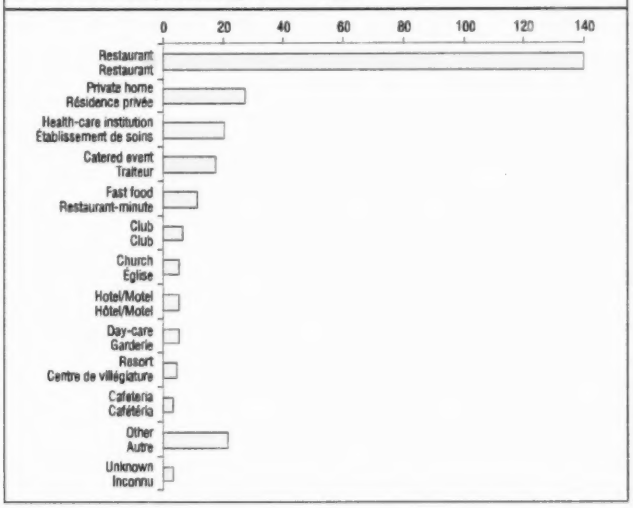
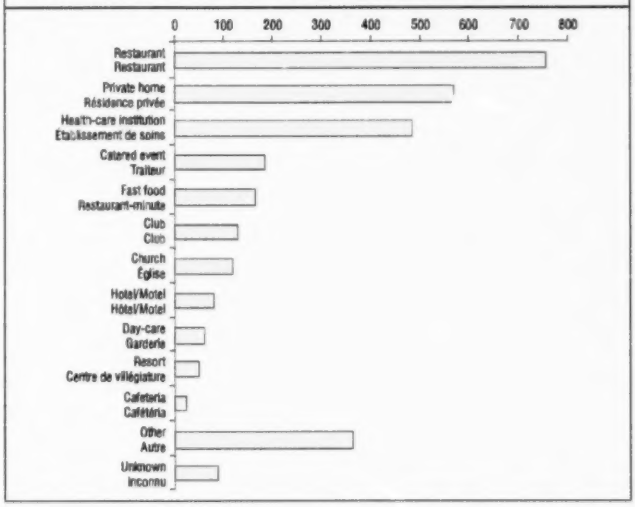


Figure 2
Distribution des cas de toxi-infections alimentaires associés aux éclosions selon le milieu, Ontario, 1993 à 1996



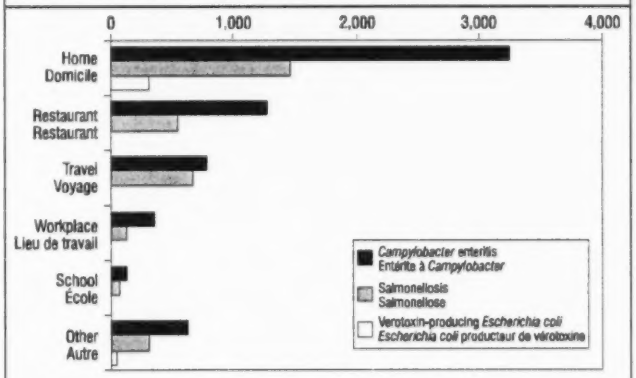
période quinquennale, on a dénombré 10 028 cas (taille de l'échantillon) où la nourriture était la source de l'infection.

Analyse

Selon les chiffres présentés ci-dessus, il semble que la plupart des éclosions de toxi-infections alimentaires soient associées à des aliments servis au restaurant, par un traiteur ou dans des établissements de soins. Les résidences privées sont le milieu où l'on dénombre la plupart des cas sporadiques. La majorité des cas sont signalés au SIMDO comme cas sporadiques. Par exemple, en 1993, il y a eu deux fois plus de cas sporadiques de maladies entériques que de cas associés à des éclosions. Outre les mesures de lutte contre les éclosions qui s'adressent au secteur des services alimentaires, d'autres stratégies doivent être mises en oeuvre afin de réduire les cas de toxi-infections alimentaires.

En ce qui concerne les stratégies de prévention, il est important de comprendre à la fois la distribution de la maladie et l'ampleur du problème pour être en mesure de bien affecter les ressources limitées dont nous disposons. Selon un rapport national pour la période de 1987 à 1989, le nombre d'éclosions de toxi-infections alimentaires survenues en Ontario aurait atteint 600 par année en moyenne, ce qui représente 4 800 cas annuellement[2]. Une autre estimation des chiffres ontariens pour la période de 1982 à 1989 est beaucoup plus prudente; en effet, on aurait dénombré 140 éclosions en moyenne et 1 260 cas associés à des éclosions par année (D^rs C. LeBer, S. Styliadias et M. Brodsky, ministère de la Santé de l'Ontario, North York : observations inédites, 1989). Ces deux rapports présentent des chiffres qui sont supérieurs aux données tirées de la présente analyse; l'écart était probablement dû au fait que seuls les cas où des aliments pouvaient être clairement mis en cause ont été dénombrés. On soupçonne que des différences dans le mode de collecte des données et dans les définitions de ce qu'est une toxi-infection alimentaire et un cas sporadique par rapport à un cas associé à une éclosion peuvent expliquer les écarts entre les rapports. Par exemple, dans le rapport de 1987 à 1989, on estime que seulement 220 cas individuels (sporadiques) en moyenne de toxi-infections alimentaires sont signalés chaque année en plus des 4 800 cas qui sont associés à des éclosions[2]. De plus, la déclaration des éclosions en Ontario reposait sur un système d'information non électronique avant l'introduction du module de déclaration des éclosions du SIMDO en 1992.

Figure 3
Cas sporadiques de toxi-infections alimentaires, SIMDO, données de l'Ontario pour 1990 à 1994*



* Nourriture reconnue comme source de l'infection.

Il y aurait lieu déterminer plus précisément l'ampleur réelle du phénomène des toxi-infections alimentaires en Ontario. On croit généralement que tous les cas déclarés ne représentent que la pointe de l'iceberg, surtout parce que les systèmes de déclaration reposent largement sur les consultations médicales et les confirmations en laboratoire[3,4]. Le présent rapport sur les milieux où surviennent les toxi-infections alimentaires donne une idée générale d'où il faut cibler les interventions préventives. Une meilleure compréhension de l'ampleur du phénomène des toxi-infections alimentaires revêt une grande importance quand il faut déterminer les ressources à engager dans ces interventions.

En raison du grand nombre de données manquantes dans les fichiers consultés pour la présente analyse, il faudrait tenir compte de la possibilité d'un biais d'échantillonnage lorsqu'on déterminera la fiabilité des résultats présentés par rapport à ceux des rapports futurs.

Références

1. Ontario Ministry of Health. *Communicable disease control: summary of infectious diseases 1993*. North York, ON: Mandatory Health Programs and Services, Public Health Branch, 1994.
2. Todd ECD. *Intoxications alimentaires et maladies d'origine hydrique au Canada : sommaires annuels : 1988 à 1989*. Ottawa (Ont.): Direction générale de la protection de la santé, 1996. (Ministère des Approvision- nements et Services, ISBN 0-921317-58-1.)
3. Archer DL, Kvenberg JE. *Incidence and cost of foodborne diarrheal disease in the United States*. J Food Prot 1985;48:887-94.
4. Buchanan RL, Deroever CM. *Limits in assessing microbiological food safety*. J Food Prot 1993;56:725-29.

Source : *S Isaacs, BSc Inf, MSc, Programme de formation en épidémiologie d'intervention, LLCM, Santé Canada, Ottawa; C LeBer, DMV, Direction de la santé publique, ministère de la Santé de l'Ontario, North York; P Michel, DMV, MPVM, PhD, Épidémiologie et surveillance, Santé Canada, Laboratoire de Guelph, Guelph (Ontario).*

Rapport de cas

DANGERS POTENTIELS DE LA RÉADAPTATION DES CHAUVES-SOURIS – MANITOBA

Le 24 avril 1996, la Direction de la santé publique de Santé Manitoba a reçu un rapport d'un pathologiste vétérinaire qui indiquait avoir identifié des corps de Negri dans le cerveau d'une chauve-souris argentée. La rage n'avait pas été le premier diagnostic différentiel. Le diagnostic de rage a été confirmé par immunofluorescence sur des tissus du cerveau à l'Institut de recherches vétérinaires (IRV) du gouvernement fédéral à Lethbridge, en Alberta.

Au début du mois de novembre 1995, la chauve-souris a été signalée au ministère des Ressources naturelles; elle était suspendue au mur extérieur d'un immeuble résidentiel. Un employé du ministère des Ressources naturelles a placé la chauve-souris dans une boîte et l'a emportée à la maison. Il a ensuite communiqué avec une gardienne d'animaux qui s'occupait activement de réadaptation d'animaux malades ou blessés pour le service de réadaptation de la faune du Manitoba. La gardienne d'animaux avait de l'expérience dans le soin des chauves-souris et avait construit une cage à chauves-souris à la maison. L'animal est demeuré dans la cage pendant tout l'hiver et n'a eu aucun contact direct avec les humains. La gardienne a indiqué que la chauve-souris avait semblé en bonne santé tout l'hiver et qu'elle avait mangé un peu une fois par jour jusqu'à la mi-mars environ; son comportement paraissait « normal » pour un animal en semi-hibernation.

Vers la fin du mois de mars, la chauve-souris a cessé de se nourrir et est devenue très active pendant la journée. Quand la gardienne et son mari ont manipulé l'animal et ont tenté de le nourrir à la main, il est devenu agressif et a tenté de les mordre. Il s'est accroché à la main de la gardienne avec les dents. La santé de l'animal a continué à se détériorer et il est mort le 11 avril.

On a fait subir une nécropsie à la chauve-souris afin de déterminer la cause de la mort. La pathologiste a diagnostiqué la rage, et le personnel des services communautaires de la ville de Winnipeg a contacté les personnes (la gardienne d'animaux, son mari, l'employé du ministère des Ressources naturelles, la pathologiste vétérinaire et cinq membres du personnel du laboratoire) qui avaient eu ou potentiellement eu des contacts avec la chauve-souris enragée. Les cinq personnes avaient reçu une série vaccinale pré-exposition complète avec le vaccin intradermique cultivé sur cellules diploïdes humaines (VCDH). À Winnipeg et dans les régions environnantes, tous les soigneurs d'animaux qui doivent recevoir une immunisation pré-exposition contre la rage sont systématiquement vaccinés et sont suivis dans le cadre du programme de prophylaxie de la rage du Manitoba. Les titres d'anticorps sont mesurés 1 an après la fin de la série vaccinale et tous les 2 ans par la suite. Les personnes chez qui le titre d'anticorps est bas reçoivent des doses de rappel.

La gardienne d'animaux, son mari et l'employé du ministère des Ressources naturelles étaient considérés comme des sujets à risque élevé. Il était impossible d'obtenir immédiatement les résultats des dosages d'anticorps. On a donc débuté sans tarder la série vaccinale post-exposition. La gardienne et son mari ont reçu chacun deux doses de VCDH, étant donné qu'ils avaient eu une réponse sérologique documentée à l'immunisation pré-exposition. Chez ces deux personnes, les titres d'anticorps étaient ≥ 1:128 selon la technique de la dose infectante de cultures de tissus (DICT 50); on a considéré que ces titres étaient protecteurs. L'employé du ministère des Ressources naturelles avait terminé la série vaccinale pré-exposition 1 an auparavant. Le dosage des anticorps a révélé un titre très bas (< 1:8 selon la technique DICT 50), c'est pourquoi il a dû recevoir la série vaccinale post-exposition dont des immunoglobulines antirabiques et cinq doses de VCDH.

On a questionné la pathologiste vétérinaire et cinq membres du personnel de laboratoire concernant la façon dont ils avaient manipulé les spécimens provenant de la chauve-souris et leur exposition potentielle au virus de la rage. Leurs procédures ont été examinées par des experts de l'IRV qui ont conclu qu'une vaccination post-exposition contre la rage n'était pas indiquée dans leur cas. La pathologiste et les cinq membres du personnel du laboratoire avaient des titres d'anticorps ≥ 1:128 selon la technique DICT 50.

Une deuxième chauve-souris avait été gardée à la même époque dans une cage séparée au domicile de la gardienne d'animaux. L'animal à qui l'on avait amputé une aile par suite d'une blessure était utilisé à des fins éducatives. Il avait été manipulé plus souvent que l'autre qui avait la rage. Il n'y avait eu aucun contact entre les deux animaux, mais on a néanmoins décidé d'euthanasier et de faire subir des tests à cette deuxième chauve-souris. Le résultat du test de détection des anticorps antirabiques par la technique d'immunofluorescence était négatif.

On a déjà observé des périodes d'incubation qui pouvaient atteindre 7 mois chez les chauves-souris[1]. De plus, il peut n'y avoir aucun changement de comportement chez l'animal ou encore que des changements subtils. Des chauves-souris asymptomatiques

ont déjà obtenu un résultat positif au test de la rage[2]. On ne connaît pas la durée de l'excrétion du virus dans la salive des chauves-souris atteintes de la rage[2]. Des chauves-souris indigènes enragées ont causé la rage chez au moins 22 humains aux États-Unis[3]. En 1995, quatre cas de rage chez des humains associés à des contacts avec des chauves-souris insectivores mais non à des morsures ont été signalés aux États-Unis[4]. Au Canada, trois des quatre cas de rage survenus chez des humains depuis 1970 ont fait suite à une exposition à des chauve-souris (Dr P. Varughese, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa : communication personnelle, 1998). Il faut éliminer les chauves-souris des maisons et des structures avoisinantes afin de prévenir tout contact direct avec les humains[3].

Le cas présenté ci-dessus a des conséquences importantes pour ce qui est de l'éducation des personnes qui travaillent avec des animaux sauvages. En effet, les personnes qui sont appelées à avoir des contacts étroits avec des animaux sauvages blessés sont beaucoup plus exposées à contracter la rage que l'ensemble de la population[1]. Étant donné que la rage est endémique chez les chauves-souris, toute forme d'exposition à ces animaux doit être considérée comme un risque potentiel de contamination, et les précautions nécessaires doivent être prises.

Références

1. Perry BD. *Rabies*. Vet Clin N Am Small Anim Pract 1987;17:73-89.
2. Bell FJ. *The natural history of rabies*. Dans : Baer GM, éd. *Latency and abortive rabies*. New York : Academic Press Inc., 1975:347.
3. National Association of State Public Health Veterinarians, Inc. *Compendium of animal rabies control 1996*. MMWR 1996;45(RR-3):9.
4. CDC. *Human rabies – California*, 1995. MMWR 1996;45:353-56.

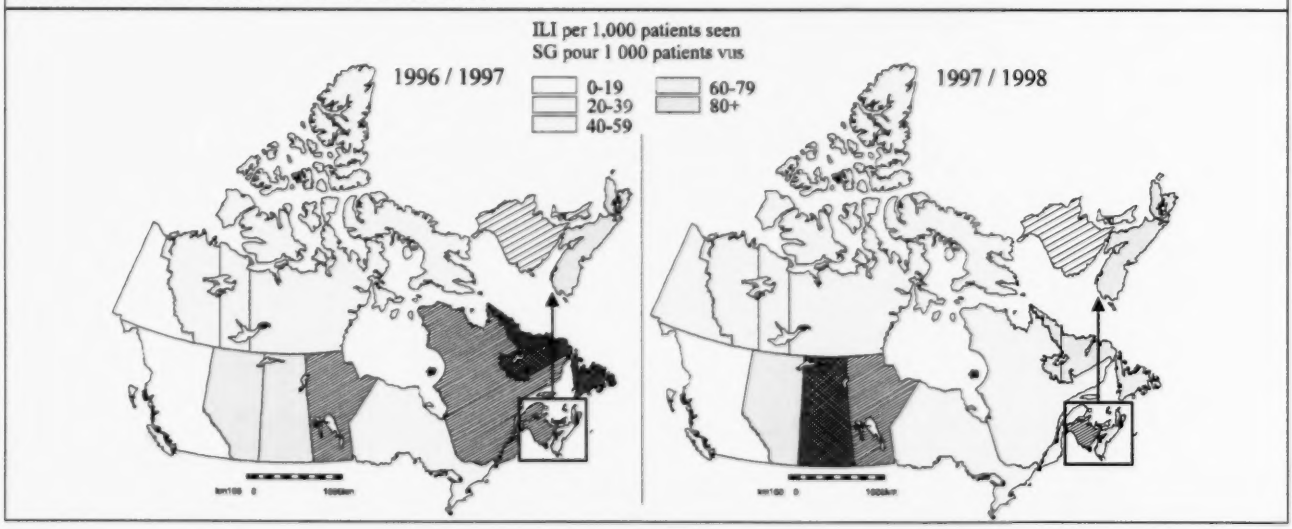
Source : *G Howe, BN, MSc, Coordonnateur de l'épidémiologie et des systèmes de surveillance, Services communautaires de la ville de Winnipeg; M Swendrowski, DMV, Pathologiste vétérinaire, Services agricoles du Manitoba; Dr M Fast, FRCP, Médecin-hygiéniste, Services communautaires de la ville de Winnipeg, Winnipeg (Manitoba).*

SURVEILLANCE DES VIRUS RESPIRATOIRES
Projet *FluWatch*

Le texte que voici résume l'activité grippale jusqu'au 13 mars 1998. Le système *FluWatch* a recruté 191 médecins sentinelles qui représentent 140 des 288 (49 %) divisions de recensement du Canada. Le taux de réponse des médecins varie de 41 % à 75 % selon la province et la semaine, mais il se situe, en moyenne, à 65 %. La figure 1 illustre les taux cumulatifs normalisés de syndrome grippal (SG) par province, selon les données du système *FluWatch*, pour la saison en cours et la précédente. Ce sont Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et l'Alberta qui enregistrent les taux les plus élevés de SG pour la saison actuelle. On observe une augmentation du taux cumulatif de SG à Terre-Neuve pour la saison 1997-1998. Les taux normalisés de SG, d'après les données transmises au système *FluWatch* (figure 2) pendant la saison en cours, révèlent une tendance à la hausse, qui s'est amorcée après la semaine 04 et a culminé pendant la semaine 10 (semaines se terminant le 23 janvier 1998 et le 6 mars 1998, respectivement). Jusqu'ici, c'est chez les < 10 ans que l'on observe les plus forts taux cumulatifs de SG (131 cas pour 1 000 patients vus en consultation).

Depuis septembre 1997, le programme *FluWatch* a reçu les rapports de 29 694 analyses de laboratoire effectuées pour détecter la grippe : 4 186 isolats correspondaient à la grippe A, et 12, à la grippe B. Voici la répartition provinciale des isolats de la grippe A dont on n'a pas établi le sous-type : Terre-Neuve (27), Nouvelle-Écosse (41), Nouveau-Brunswick (81), Québec (685), Ontario (2 368), Manitoba (128), Saskatchewan (115), Alberta

Figure 1
Taux normalisés de SG déclaré au programme *FluWatch* pour l'ensemble du Canada, par province, du 1er octobre 1996 au 20 mars 1997 et du 15 octobre 1997 au 20 mars 1998

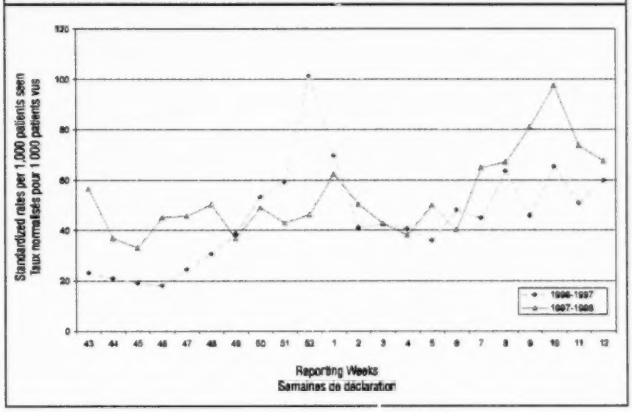


(477) et Colombie-Britannique (134). Parmi les isolats de la grippe A qu'on a caractérisés avec plus de précision, 130 correspondaient au sous-type H3N2. Les isolats appartenant au sous-type A H3N2 se répartissaient comme suit entre les provinces : Saskatchewan (1), Alberta (2) et Colombie-Britannique (127). Les 12 isolats de grippe B provenaient du Québec (3) et de l'Ontario (9).

De novembre 1997 au 6 mars 1998, le Laboratoire national pour les maladies virales et les zoonoses, Laboratoire de lutte contre la maladie, a identifié la souche virale de 125 isolats de grippe A : 86 isolats étaient apparentés à A/Sydney/5/97 (H3N2), 32 étaient similaires à A/Wuhan/359/95 (H3N2) et 7, à A/Texas/36/91 (H1N1). Les 86 isolats de grippe A identifiés à Sydney se répartissaient de la façon suivante entre les provinces : Colombie-Britannique (4), Alberta (1), Saskatchewan (6), Manitoba (7), Ontario (49) Québec (15) et Nouveau-Brunswick (4). La répartition provinciale des 32 isolats apparentés à A/Wuhan était la suivante : Colombie-Britannique (1), Alberta (4), Saskatchewan (2), Ontario (2) Québec (20), Nouveau-Brunswick (1) et Nouvelle-Écosse (2). Tous les isolats apparentés à la souche A/Texas provenaient de l'Ontario.

Au 18 mars 1998, l'activité grippale est encore généralisée dans le monde, mais elle diminue dans l'hémisphère Nord. Dans la plupart des pays européens, l'activité grippale s'est amorcée vers la fin de janvier ou pendant la première quinzaine de février, et elle a culminé pendant la deuxième moitié de février ou la première semaine de mars. C'est la grippe A qui prédomine. Dans les cas où l'on a déterminé le sous-type d'isolats de la grippe A, c'est le sous-type H3N2 qui a été signalé dans la majorité des cas. Israël et le Royaume-Uni ont signalé un plus grand nombre de cas correspondant au sous-type H1N1 que les autres pays.

Figure 2
Taux normalisés de SG déclaré au programme *FluWatch* pour l'ensemble du Canada, par semaine, du 15 octobre 1996 au 20 mars 1997 et du 15 octobre 1997 au 20 mars 1998



Les rapports du programme *FluWatch* sont accessibles sur le site Web suivant :
http:/www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bid/dsd/fluwatch/index.html

Source : *P Buck, DMV, MSc, S Herman, C Scott, B Winchester, MSc, P Zabchuk, P Sockett, PhD, chef, Division de la surveillance des maladies, Bureau des maladies infectieuses; M Vanderkloot, BA, Bureau de la surveillance et de l'épidémiologie d'intervention, LLCM, Ottawa (Ontario).*

Explication

SURVEILLANCE DE LA ROUGEOLE : LIGNES DIRECTRICES POUR LE SOUTIEN DES LABORATOIRES
Vol 24-5, page 33

La dernière phrase du premier paragraphe de la page 33, « Il sera essentiel que tous les cas de rougeole suspects soient déclarés et que des échantillons prélevés chez des cas sporadiques soient présentés en vue d'une recherche complète en laboratoire. » devrait se lire comme suit : « Il sera essentiel que tous les cas de rougeole suspects soient déclarés et que des échantillons prélevés chez **tous les** cas sporadiques soient présentés en vue d'une recherche complète en laboratoire. »

Notre mission est d'aider
les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques :	D[r] John Spika	(613) 957-4243
	D[r] Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Centre des services aux membres	N[o] de téléphone :	(613) 731-8610, poste 2307
Association médicale canadienne	FAX :	(613) 731-9102
1867 Promenade Alta Vista		
Ottawa (Canada) K1G 3Y6		

Prix par année :
Abonnement de base : 80 $ (et frais connexes) au Canada; 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel : 150 $ (et frais connexes) au Canada; 175 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1998

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc